

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

O papel mediador e moderador da dor psicológica e das necessidades interpessoais na relação entre trauma infantil e ideação suicida: Um estudo longitudinal com jovens adultos

Joana Raquel de Sousa Mascôto Spínola

Orientador(es) | Rui C. Campos

Évora 2019





UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica

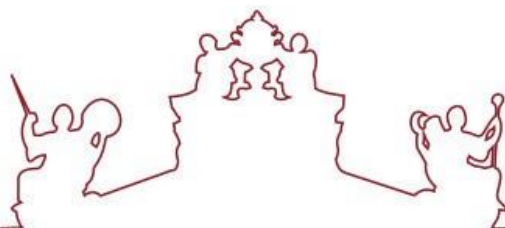
O papel mediador e moderador da dor psicológica e das necessidades interpessoais na relação entre trauma infantil e ideação suicida: Um estudo longitudinal com jovens adultos

Joana Raquel de Sousa Mascôto Spínola

Orientador:


Prof. Doutor Rui C. Campos

Évora, julho de 2019



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

- Presidente | Isabel Maria Marques Mesquita (Universidade de Évora)
- Vogal | Marta Sofia Ventosa Brás (Universidade do Algarve)
- Orientador | Rui Alexandre Godinho da Costa Campos (Universidade de Évora)



O papel mediador e moderador da dor psicológica e das necessidades interpessoais na relação entre trauma infantil e ideação suicida: Um estudo longitudinal com jovens adultos

Dissertação de Mestrado em
Psicologia realizada sob a orientação
do Professor Doutor Rui Alexandre
Godinho da Costa Campos para
obtenção do grau de Mestre na
especialidade de Psicologia Clínica

“If you can dream—and not make dreams your master;
If you can think—and not make thoughts your aim;
If you can meet with Triumph and Disaster
And treat those two impostors just the same.
(...)

If you can fill the unforgiving minute
With sixty seconds’ worth of distance run,
Yours is the Earth and everything that’s in it,
And - which is more - you’ll be a Man, my son! ”

Rudyard Kipling

Agradecimentos

A realização desta dissertação marca o fim de uma etapa importante da minha vida e só foi possível graças ao contributo várias pessoas, a quem, dedico, agora, palavras de profundo agradecimento.

Ao professor Rui, a minha enorme gratidão. Pela partilha de conhecimento, pela exigência, organização e rigor exigidos, pelo apoio incondicional, pela total disponibilidade, pelos ensinamentos, críticas construtivas, inúmeras chamadas de atenção e pela dedicação que desde sempre demonstrou.

Aos meus professores, da Universidade de Évora e da Universidade da Madeira, em especial à Prof.^a Alda Portugal e à Prof.^a Dora Pereira, por todos os conhecimentos e ensinamentos que em muito ajudaram na realização deste projeto.

A todos os docentes e alunos que se disponibilizaram, às minhas colegas da bolsa de voluntários e à minha colega de trabalho, Diandra, o meu obrigada.

Aos meus amigos que nunca estiveram ausentes, agradeço a amizade e o carinho que sempre me disponibilizaram. À Tatiana e à Carlota, que desde o início estiveram comigo e que tornaram esta viagem mais tranquila, reconfortante e recompensadora. Obrigada por todos os momentos. Adoro-vos.

E porque sem eles, nada disto seria possível... à minha família. Aos meus tios e padrinhos, por estarem sempre perto quando precisei. À minha avó, pelas constantes palavras de carinho e pelo “tenho-te sempre no pensamento, minha filha”. À Marta e ao Gonçalo, por tornarem as idas a casa tão mais divertidas e calorosas. A todos vocês, o meu obrigada.

À Sofia... Por ser a melhor companheira nesta montanha russa. Por fazer o possível e o impossível para que nunca me faltasse calma e equilíbrio emocional. Por todos os abraços, palavras de conforto e encorajamento, pela paciência para lidar e superar os momentos menos bons e pela sincera alegria para compartilhar os melhores dos momentos. Por fazer com que me sentisse em casa, sempre. Ser-te-ei eternamente grata.

Ao Tomás, por todo o amor, carinho e cuidado. Pela constante preocupação que teve em todos os momentos deste percurso e pela eterna motivação. Por todos os momentos, de alegria e tristeza, que todos estes anos nos ofereceram. Por tudo o que ainda iremos viver juntos. Sabes o muito que significas para mim....

Ao meu irmão, meu melhor amigo e confidente. Obrigada por nunca me faltares e com o teu carinho e sentido de humor me mostrares o melhor lado da vida. És o melhor de mim.

Aos meus pais que me transmitiram todos os valores que tenho e que contribuíram, imensamente, para quem hoje sou. Por todos os esforços que fizeram para que eu pudesse estudar e nestes últimos tempos, longe de casa. Pelo amor incondicional nos momentos bons e nos mais difíceis, ao longo da minha vida. Amo-vos!

E por fim, ao meu avô, que sei que adoraria partilhar este momento comigo. Onde quer que estejas, sabe que continuas sempre bem perto. A ele dedico este trabalho.

Que a vida vos sorria sempre, obrigada!

O papel mediador e moderador da dor psicológica e das necessidades interpessoais na relação entre trauma infantil e ideação suicida: Um estudo longitudinal com jovens adultos

Resumo

O objetivo desta investigação, de cariz longitudinal, foi estudar os efeitos de mediação e moderação da dor psicológica e das necessidades interpessoais, na relação entre trauma infantil e ideação suicida em jovens adultos. Participou uma amostra final de 288 estudantes universitários com idades entre os 17 e os 29 anos. Utilizou-se a metodologia da análise de regressão múltipla hierárquica e a *path analysis* através de modelação de equações estruturais para testar os modelos de moderação e mediação, respetivamente. Não se verificaram efeitos de moderação significativos. Verificou-se que variações nos sintomas depressivos e na perceção de ser um fardo medeiam a relação entre trauma infantil e variações na ideação suicida negativa, avaliada pelo *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory*, e que variações nos sintomas depressivos, na perceção de ser um fardo e nos sentimentos de não pertença medeiam a relação entre trauma infantil e variações na ideação suicida positiva.

Palavras-chave: Trauma infantil; Dor psicológica; Necessidades interpessoais; Ideação suicida; Jovens adultos.

Contagem de palavras: 14470

The mediating and moderating role of psychological pain and interpersonal needs in the relationship between childhood trauma and suicidal ideation: A longitudinal study with young adults

Abstract

The aim of this longitudinal study was to study the mediation and moderation effects of psychological pain and interpersonal needs in the relationship between childhood trauma and suicide ideation in young adults. Participated a final sample of 288 university students aged between 17 and 29 years. The methodologies of hierarchical multiple regression analysis and path analysis through modeling of structural equations were used to test the moderation and mediation models, respectively. Significant effects of moderation were not found. It was found that variations in depressive symptoms and in perceived burdensomeness mediate the relationship between childhood trauma and variations in negative suicide ideation, assessed by the Positive and Negative Suicide Ideation Inventory, and that variations in depressive symptoms, in perceived burdensomeness and in thwarted belongingness mediate the relationship between childhood trauma and variations in positive suicide ideation.

Keywords: Childhood trauma; Psychological pain; Interpersonal needs; Suicide Ideation; Young adults.

Word-count: 14470

Índice

Introdução e enquadramento teórico	1
Trauma infantil e ideação suicida	3
Dor psicológica, necessidades interpessoais e trauma infantil	5
Dor psicológica, necessidades interpessoais e ideação suicida	9
Objetivos do estudo	11
Método.....	12
Participantes e procedimentos	12
Instrumentos de medida.....	14
Procedimentos de análise de dados	19
Resultados.....	20
Análise preliminar	20
Modelo de mediação longitudinal	21
Modelo de moderação longitudinal	26
Discussão.....	26
Limitações, estudos futuros e conclusão	31
Referências bibliográficas	33

Introdução e enquadramento teórico

O suicídio é um fenómeno complexo e multidimensional (Barzilay & Apter, 2014) e de difícil previsão (O'Connor & Nock, 2014; Overholser, Braden, & Dieter, 2012), para o qual contribuem fatores biológicos, culturais, demográficos, sociológicos e psicológicos (Brás, Jesus, & Campos, 2016). Constitui, atualmente, um problema de saúde pública a nível mundial (Bahk, Jang, Choi, & Lee, 2017), tanto em populações clínicas, como em populações não clínicas (Campos et al., 2016). É a segunda causa de morte em pessoas entre os 15-29 anos (World Health Organization, 2017) e das principais causas de morte em estudantes universitários (Center for Disease Control, 2015). Em 2016, no nosso país, registaram-se oito mortes por cada 100 mil habitantes (em números absolutos, traduz-se em 1 061 suicídios) (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Os dados epidemiológicos sugerem que são urgentes medidas globais de prevenção e intervenção (Brás et al., 2016).

A consideração de uma interação entre fatores de risco e proteção associados ao fenómeno suicida constitui um aspeto importante na sua prevenção. Diversas variáveis têm sido apontadas na literatura como estando relacionados com o risco suicidário: variáveis culturais (e.g., Leach, 2013); variáveis sociodemográficas, como a idade, estando os indivíduos mais velhos em maior risco (Shah, 2012), o género, com as mulheres a apresentarem maior propensão para tentativas de suicídio e os homens um maior risco de suicídio (Moscicki, 2001; Nock et al., 2008); variáveis biológicas, especificamente, os fatores genéticos (Baldessarini, & Hennen, 2004; Bondy, Buettner, & Zill, 2006); outras variáveis, como o desemprego (Brown, Beck, Steer, & Grisham 2000), o falecimento de alguém significativo (Ajdacic-Gross et al., 2008), um divórcio ou viver sozinho (Kposowa, 2000), acontecimentos de vida stressantes (Overholser et al., 2012), e, ainda, diversas variáveis psicológicas (e.g., Brown et al., 2000; Joiner, 2005; Shneidman, 1985). Relativamente às variáveis psicológicas, destaca-se a dor psicológica (e.g., DeLisle & Holden, 2009; Shneidman, 1993; Troister & Holden, 2012), as necessidades interpessoais (e.g., Joiner, 2005; Joiner Jr. et al., 2009a), a desesperança (Beck, Kovacs, & Weissman, 1996) e a presença de perturbações mentais, sobretudo, as perturbações depressivas (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

Contrariamente, outras variáveis têm sido descritas como tendo um caráter protetor ou de amortecimento face aos comportamentos suicidários (e.g., Baca-Garcia, Perez-Rodriguez, Mann, & Oquendo, 2008), nomeadamente a resiliência (e.g., Breton et al., 2015), um bom relacionamento familiar, autoestima, satisfação com o suporte social, razões para viver (Brás et al., 2016; Gutierrez & Osman, 2008), a prática de atividade física, a pertença a um grupo religioso, boas aptidões sociais e otimismo face ao futuro (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005).

Por outro lado, os comportamentos suicidários (Nock, 2014) incluem aqueles que implicam uma ação pela qual o sujeito se magoa a si próprio, independentemente do grau de letalidade, da intenção e da consciência da verdadeira motivação para o ato. Estes podem ser situados num continuum de letalidade, designado de suicidalidade, que abarca desde a ideação suicida passiva ao suicídio consumado, incluindo ainda, a ideação suicida ativa, os comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio (Mann, Waternaux, Hass, & Malone, 1999). Embora situados num continuum, os comportamentos suicidários não apresentam uma progressão necessariamente linear (Hill, Castellano, & Petit, 2011). A ideação suicida é concetualizada como o primeiro nível deste espetro e a sua manifestação mais frequente (Nock et al., 2008; Webster, 1996). Por ser amplamente considerada um importante indicador de risco, a ideação suicida é muito utilizada na predição das tentativas de suicídio e do suicídio efetivo (Brezo et al., 2007). Estudos empíricos têm evidenciado um maior risco de suicídio em indivíduos com ideação suicida (e.g. Garlow et al., 2008) e uma associação importante entre risco de suicídio e a intensidade da ideação (Brown, et al, 2000; Moscicki, 1997), reduzindo o limiar esperado para um episódio suicida (Joiner, 2005).

A ideação suicida refere-se a ideias, pensamentos, ruminações e preocupações acerca da morte, suicídio, autodestruição, independentemente da presença de intenção de morrer. Estas cognições podem surgir sob a forma de pensamentos fugazes e passageiros, nomeadamente, de que a vida não vale a pena (ideação suicida passiva), ou desejos frequentes e intensos de morte, de autodestruição e ideias de acabar com a vida, que podem ser acompanhadas por um plano suicida (ideação suicida ativa) (May, Overholser, Ridley, & Raymond, 2015).

O trauma infantil constitui uma das principais preocupações de saúde pública no que respeita à infância e adolescência (Dugal, Bigras, Godbout, & Bélanger, 2016; Puzia, Kraines, Liu, & Kleiman, 2014). O trauma infantil pode ser definido como qualquer ato ou série de atos que ameaçam a vida ou que acarretam danos potenciais e/ou reais à saúde, desenvolvimento ou dignidade da vítima, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon & Arias, 2008). Constituem, portanto, experiências de maus-tratos contra menores de 18 anos, perpetradas por parte de um cuidador. Genericamente, o trauma infantil pode assumir duas grandes formas: atos de negligência e atos de abuso (Briere, 2002). Os atos de negligência referem-se à incapacidade ou recusa dos cuidadores em adotar comportamentos essenciais ao desenvolvimento da criança ou adolescente (e.g. responsividade e disponibilidade) e incluem a negligência física e psicológica. Por outro lado, os atos de abuso envolvem comportamentos violentos direta e intencionalmente dirigidos à criança ou adolescente e envolvem o abuso físico, psicológico ou emocional e sexual (Briere, 2002; Leeb et al., 2008; Schilling Weidner, Schellong, Joraschky, & Pehlmann, 2014).

O abuso físico é definido por qualquer experiência de contato físico perpetrada com a intenção de causar dor ou outro tipo de sofrimento físico ou lesão corporal (e.g. empurrar, pontapear, bater). O abuso sexual é concetualizado como uma atividade sexual não consentida, indesejada e/ou imprópria com uma pessoa mais velha (e.g., contacto e/ou assédio sexual, pressão para envolvimento em atividades sexuais). O abuso psicológico envolve agressões verbais e comportamentos que implicam humilhação, crítica, rejeição, ameaças ou insultos da parte do cuidador. A negligência física compreende falhas no atendimento das necessidades físicas do indivíduo (e.g. alimentação, abrigo, vestuário, saúde, segurança) e/ou a experiência de ter sido abandonado pelo cuidador por longos períodos de tempo. A negligência psicológica caracteriza-se pela incapacidade de satisfazer as necessidades psicológicas (e.g. amor, apoio, pertença) e/ou pela experiência de ter sido ignorado ou de não se ter sentido amado ou compreendido por um cuidador (Aded, Dalcin, Moraes & Cavalcanti, 2006; Briere, 2002; Glaser, 2002).

A exposição ao trauma numa idade precoce conduz a consequências que podem perdurar ao longo de toda a vida (Kessler et al., 2010). O trauma infantil pode afetar

várias áreas do funcionamento dos sujeitos, como a saúde física e mental, o funcionamento interpessoal e a adaptação escolar e social. Particularmente, ao nível da saúde mental, o trauma infantil está associado a um maior desajustamento psicológico e a um maior risco de desenvolver perturbação mental. As repercussões na saúde mental, porém, variam de pessoa para pessoa, consoante a natureza da experiência traumática e a da capacidade dos sujeitos de reagirem a tais situações (Aded et al., 2006; Schilling et al., 2014; Teicher et al., 2003).

O trauma na infância tem sido, também, frequentemente associado a um maior risco para comportamentos suicidários, designadamente a ideação suicida (Bahk et al., 2017; Joiner et al., 2007; Knox, 2008; McHolm, MacMillan & Jamieson, 2003; Miller, Esposito-Smythers, Weismore, & Renshaw, 2013; Miller, Adams, Esposito-Smythers, Thompson, & Proctor, 2014; Smith, Monteith, Rozek, & Meuret, 2018; Thompson et al., 2012). Mais precisamente, indivíduos que experienciaram trauma na infância têm um risco muito superior de apresentar pensamentos suicidas quando comparados a indivíduos que não foram expostos a situações traumáticas e, estão, igualmente, em maior risco de passar ao ato sob a influência desses pensamentos (Joiner et al., 2009a; O'Connor & Nock, 2014). Vários estudos reportam que, para além da existência de níveis mais elevados de ideação suicida em sujeitos que sofreram trauma na infância, os diferentes tipos de trauma se relacionam com a ideação suicida, tanto em amostras clínicas, como em amostras não clínicas (Bruffaerts et al., 2010; Miller et al., 2013; Nock et al., 2008; Roy, Carli, & Sarchiapone, 2011), mesmo controlando outras variáveis como a depressão e a idade (Enns et al., 2006; Miller et al., 2017), e predizem o início e persistência da ideação suicida ao longo da vida (Bruffaerts et al., 2010).

Os processos pelos quais o trauma infantil confere maior risco para a ocorrência, frequência e intensidade da ideação suicida não são claros (Roy et al., 2011). Alguns autores consideram a possibilidade da existência de diferentes mecanismos que expliquem a relação entre trauma infantil e ideação suicida (Puzia et al., 2014). Alguns estudos sugerem que o funcionamento familiar (Kwok, Chai, & He, 2013), fatores interpessoais (e.g. suporte social e familiar, Felzen, 2007) e a existência de perturbações mentais (e.g. depressão ou stress pós-traumático) podem mediar a relação entre trauma e ideação suicida (Miller et al., 2014).

Os modelos psicológicos do suicídio consideram a interação entre variáveis de natureza psicológica para a compreensão e previsão dos comportamentos suicidários (Barzilay & Apter, 2014; O'Connor & Nock, 2014). No âmbito dos modelos psicológicos do suicídio, destaca-se o modelo de Shneidman (1993, 1996) e a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio (Joiner, 2005).

Shneidman (1987, 1993, 1996) propôs um modelo tridimensional ou cúbico do suicídio, segundo o qual os comportamentos suicidários resultariam da interação entre três variáveis: (1) dor psicológica, que designou por *psychache*, a variável mais importante para que estes comportamentos ocorram; (2) perturbação interna; (3) pressão intensa, devido a acontecimentos de vida negativos. Segundo este modelo, o suicídio só ocorreria na presença simultânea destas três variáveis, ou seja, quando coexistisse no indivíduo a experiência de uma dor psicológica intolerável, uma pressão intensa e uma perturbação interna, resultando num estado mental que conduziriam o sujeito à ação de pôr termo à vida (Shneidman, 1991, 1996).

A dor psicológica é definida como um estado afetivo e emocional extremo e intenso, intrinsecamente sentido, relacionado a uma experiência aguda e dolorosa de mágoa, angústia, culpa, solidão, medo, desamparo, vergonha, humilhação, raiva e desesperança (Shneidman, 1993). Segundo, Shneidman (1993, 1998) é a frustração ou a não satisfação de necessidades psicológicas básicas (e.g., segurança, conforto, pertença, realização, autonomia) devido a fracassos, rejeições ou perdas, que conduziria à experiência de dor psicológica. Shneidman (1993, pp. 145), considera mesmo que todos os suicídios resultam de uma dor psicológica, percebida pelo indivíduo como intolerável ou insuportável, referindo, inclusive, que “sem dor psicológica não há suicídio”. O suicídio é, então, visto não como consequência de uma perturbação psiquiátrica, mas como uma forma do indivíduo escapar ao sofrimento intenso provocado pela dor psicológica, e como um ato pragmático cujo único objetivo é a cessação da consciência dolorosa quando uma constrição cognitiva leva o indivíduo a considerar que o suicídio é único meio de fuga para o seu sofrimento (Shneidman, 1993).

Ainda que compreenda um estado de sofrimento emocional, a dor psicológica tem sido considerada uma entidade teórica e empiricamente distinta de outros estados

cognitivo-afetivos (e.g. a depressão, o *distress* e a desesperança) (DeLisle & Holden, 2009; Troister & Holden, 2010; Verrocchio et al., 2016), os quais, segundo Shneidman (1993), se relacionam com o suicídio apenas *via* dor psicológica. Shneidman (1993) considera que todos os outros estados afetivos, só serão relevantes se esta dor psicológica intensa estiver presente. Embora a depressão, por exemplo, implique normalmente uma vivência de dor psicológica intensa, o diagnóstico de perturbação depressiva não inclui a dor psicológica nos seus critérios. A presença de dor psicológica é, assim, independente de qualquer entidade diagnóstica, sendo que a associação entre perturbação psicológica ou *distress* e comportamentos suicidários é mediada justamente pela dor psicológica (e.g., Campos, Gomes, Holden, Piteira, & Rainha, 2017; DeLisle & Holden, 2009; Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001; Troister & Holden, 2010).

Embora a associação entre dor psicológica (*psychache*) e trauma infantil não tenha sido testada empiricamente, parece lícito considerar que esta relação exista. O trauma infantil tem sido associado a elevados níveis de sofrimento físico e psicológico (Schilling et al., 2014; Teicher et al., 2003). Alguns estudos indicam que o abuso está associado à presença de dor física crónica na idade adulta (Fillingim & Edwards, 2005), bem como à intensidade da dor e à sua catastrofização (Sansone, Watts, & Wiederman, 2013). Esta dor, por sua vez, está relacionada com um maior sofrimento psicológico (Turner, Jensen, Warms, & Cardenas, 2003).

Alguns estudos demonstram, também, que o trauma infantil tende a conduzir a sentimentos de desvalorização, de inferioridade, de abandono e de rejeição (Huh, Kim, Yu, & Chae, 2014; Puzia et al., 2014), aspetos que, segundo Shneidman (1993, 1996), se relacionam com a experiência de dor psicológica. Por outro lado, as pessoas que sofreram algum tipo de trauma na infância estão mais propensas a desenvolver relações interpessoais disfuncionais, o que conduz, igualmente, a níveis mais elevados de dor psicológica (Heo, 2008). Ainda, uma das consequências mais frequentemente referidas do trauma infantil é o risco de desenvolvimento de perturbação mental, particularmente, perturbação depressiva. A presença de uma perturbação mental, por sua vez, encontra-se associada a níveis mais elevados de *distress* e desesperança, culpa e angústia, as quais genericamente estão associadas a um maior sofrimento psicológico (Aded et al., 2006; Schilling et al., 2014) e à própria dor psicológica (Shneidman, 1993, 1996).

Para além da psicológica, outras variáveis psicológicas, propostas por outros modelos explicativos dos comportamentos suicidários, têm sido apontadas como estando ligadas à ideação suicida e ao trauma infantil.

A Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) postula que existem dois fatores responsáveis pela motivação suicida: a perceção de ser um fardo e os sentimentos de não pertença. Esta teoria propõe, ainda, uma terceira variável, a capacidade adquirida para o suicídio (*acquired ability to enact lethal self-injury*), necessária para que o suicídio possa efetivamente ocorrer. O suicídio adviria, assim, do desejo de morrer e da existência de capacidade do indivíduo para o realizar (Joiner, 2005; Joiner Jr. et al., 2009b).

Os sentimentos de não-pertença (*thwarted belongingness*) constituem a componente de cariz cognitivo-afetivo do modelo, e resultam da frustração de duas condições: a ocorrência de interações frequentes com os outros e o sentimento de ser cuidado. À luz deste modelo, os indivíduos em risco experienciariam relações onde não sentem pertença e/ou próximos/cuidados pelos outros. A necessidade de pertença é apenas satisfeita por meio de interações significativas com os outros, as quais devem ser frequentes e positivas, bem como pelo sentimento de ser cuidado pelos outros (Joiner, 2005; Joiner Jr. et al., 2009b; Van Orden et al., 2010). A perceção de ser um fardo (*perceived burdensomeness*) é a componente mais cognitiva do modelo (Van Orden et al., 2010) e inclui a visão do sujeito de que a sua existência é um fardo permanente (*burden*) para os familiares, amigos e/ou sociedade, sendo a sua morte a única solução para o problema (Joiner, 2005; O’Keefe et al., 2014; Van Orden et al., 2010). Mais concretamente, o indivíduo desenvolve a crença de que os outros o veem como ele se vê, sendo que o suicídio seria uma forma altruísta de atenuar o peso que a sua vida acarreta para os outros (Joiner, 2005).

Estes dois estados psicológicos correspondem a construtos distintos e independentes, porém, relacionados, sendo o risco mais elevado quando são experienciados em simultâneo e quando são percebidos como imutáveis (Ribeiro & Joiner, 2009; Van Orden et al., 2010). A presença destes dois estados corresponde a uma causa proximal da ideação/motivação suicida. Contudo, a sua vivência simultânea é necessária, mas não suficiente, para a ocorrência do suicídio (Joiner, 2005). Este risco apenas se concretiza se a pessoa possuir a capacidade para o suicídio (*acquired capability*), a qual implica

uma diminuição do medo da morte e um aumento de tolerância ou habituação à dor física, conduzindo, conseqüentemente, a um maior risco de ocorrência de tentativas de suicídio (Cornette, et al., 2009; Joiner et al., 2009b; Ma, Batterham, Callear & Han, 2015; O'Connor & Nock, 2014).

A teoria interpessoal do suicídio de Joiner (2005) postula que o trauma infantil constitui um fator de risco para comportamentos suicidários (e.g. ideação suicida), na medida em que as experiências de abuso e negligência tendem a conduzir a sentimentos de não-pertença e à percepção de ser um fardo que, por sua vez, estão associados à ideação suicida (Van Orden et al. 2010). Especificamente, considera-se que a relação entre trauma infantil e ideação suicida pode ser explicada por um aumento da alienação social das vítimas, que contribui para sentimentos de não pertença, bem como para sentimentos de que se é indesejável e dispensável ou sem importância. Contribui, de igual modo, para uma percepção de desvalor que, por sua vez, conduz a uma percepção mais intensa de que se é um fardo para os outros (Puzia et al., 2014; Van Orden et al., 2010). A teoria postula também que a exposição a experiências de abuso na infância (e.g. físico e sexual), por constituir uma experiência dolorosa ou assustadora, pode contribuir para o desenvolvimento da capacidade adquirida para o suicídio (Chu et al., 2017; Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010).

O trabalho de Puzia et al. (2014) foi, por assim dizer, pioneiro no estudo da relação entre as três formas de abuso na infância (físico, sexual e psicológico) e a ideação suicida, no contexto da teoria de Joiner (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). O estudo, realizado com estudantes universitários, demonstrou que a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não pertença estavam associados aos vários tipos de trauma na infância e que a percepção de ser um fardo mediava a relação entre trauma e ideação suicida. Já Huh et al. (2014) verificaram que o abuso emocional e sexual e a negligência emocional eram os que mais contribuíram significativamente para as dificuldades interpessoais na idade adulta. De igual modo, Smith et al. (2018), num estudo realizado com estudantes universitários, concluíram que o abuso emocional foi o único tipo de trauma simultaneamente associado à percepção de ser um fardo e aos sentimentos de não pertença.

A literatura tem demonstrado uma associação consistente entre dor psicológica e ideação suicida (e.g., Campos et al., 2017; DeLisle, & Holden, 2004; Holden et al., 2001; Mee, Bunney, Reist, Potkin, & Bunney, 2006; Olié, Guillaume, Jaussent, Courtet, & Jollant, 2010; Puzia et al., 2014; Troister & Holden, 2010). Esta relação foi corroborada por duas meta-análises recentes (Ducasse et al., 2017; Verrochio et al., 2016). Globalmente, indivíduos que apresentam níveis mais elevados de ideação suicida, apresentam, de igual modo, níveis mais elevados de dor psicológica.

Diversos trabalhos empíricos realizados com estudantes universitários (DeLisle & Holden, 2004, 2009; Troister, Davis, Lowndes & Holden, 2013), demonstraram que a dor psicológica se revelou a variável mais consistente na previsão da ideação suicida, sendo que variações na dor psicológica se associavam a variações na ideação suicida, após controlar o efeito de outras variáveis psicológicas como a depressão e a desesperança. Ainda, em estudantes universitários, a dor psicológica diferencia os sujeitos que têm uma história prévia de tentativas de suicídio dos que a não têm (Flamenbaum & Holden, 2007). Num estudo longitudinal a dois anos, igualmente conduzido com estudantes universitários com ideação suicida (Troister & Holden, 2012), a dor psicológica e a ideação suicida variaram concomitantemente e, a dor psicológica, foi a única variável que contribuiu estatisticamente para a predição da ideação suicida, enquanto que outras variáveis como a depressão e a desesperança, só se mostraram relevantes na medida em que se relacionavam com a dor psicológica. No mesmo sentido, outros estudos de natureza transversal (Patterson & Holden, 2012; Troister & Holden, 2010), mostraram que a dor psicológica tem um contributo superior e apresenta relações mais fortes com a ideação suicida, comparativamente à depressão e à desesperança. Adicionalmente, no estudo de Olié et al. (2010), verificou-se que a dor psicológica diferenciou, igualmente, os indivíduos com história prévia de tentativas de suicídio dos que a não tinham e apresentou uma relação significativa com a frequência e a intensidade da ideação suicida no momento da avaliação.

Em alguns estudos empíricos verificou-se, igualmente, a existência de um efeito de mediação da dor psicológica na relação entre diferentes preditores de natureza psicológica e a suicidalidade. Por exemplo, Campos e Holden (2015, 2016), demonstraram

que a dor psicológica mediava a relação entre depressão e risco de suicídio. A dor psicológica também mediou a relação entre a desesperança e a ideação suicida (Shneidman, 1996), entre o perfeccionismo e a suicidalidade (Flamenbaum & Holden, 2007), entre as necessidades interpessoais e a depressão e a suicidalidade (Campos & Holden, 2015), entre o número de perdas vividas ao longo da vida e as tendências suicidas (Nahaliel et al., 2014), entre a relação entre alexitimia e suicidalidade (Keefer, Holden, & Gillis, 2009) e entre o *distress* e a ideação suicida (Campos et al., 2017).

Vários estudos têm, igualmente, apresentado associações significativas entre necessidades interpessoais frustradas e ideação suicida (e.g., Campos & Holden, 2015; Cukrowicz, Cheavens, Van Orden, & Regain, Cook, 2011; Joiner et al., 2009a, 2009b; O’Keefe et al. 2014; Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner Jr, 2008a; Van Orden, Lyam, Hollar, & Joiner, 2006). Na meta-análise de Chu et al. (2017) demonstrouse, de igual modo, que a interação entre ambos os estados psicológicos propostos por Joiner (2005) se associava significativamente com a ideação suicida. Nos estudos de Cukrowicz et al. (2011) e Hill e Pettit (2014), a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não pertença demonstraram ser preditores fortemente significativos de ideação suicida e/ou risco de suicídio, mesmo controlando variáveis como a depressão e a desesperança. Ainda, Van Orden et al. (2008b) concluíram que a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não-pertença eram preditores significativos da ideação suicida no momento da avaliação.

Por outro lado, num outro estudo, realizado com estudantes universitários (O’Keefe et al., 2014), concluiu-se que embora a percepção de ser um fardo fosse um preditor significativo da ideação suicida, controlando o efeito dos sintomas depressivos e de algumas variáveis clínicas, os sentimentos de não-pertença não apresentaram uma associação significativa com a ideação suicida. Efetivamente, alguns estudos (Cero Zuromski, Witte, Ribeiro, & Joiner, 2015; Ma, Batterham, Caele, & Han, 2016) têm demonstrado que enquanto a percepção de ser um fardo apresenta uma associação consistente com a ideação suicida, os sentimentos de não pertença não são preditores tão fortes. Os sentimentos de não pertença poderão relacionar-se apenas indiretamente com a ideação suicida via percepção de ser um fardo (Campos et al., 2016; O’Keefe et al., 2014). Por exemplo, num estudo de Wong, Koo, Tran, Chiu e Mok (2011), igualmente

conduzido com estudantes universitários, a percepção de ser um fardo constituiu um preditor mais robusto relativamente aos sentimentos de não-pertença, embora estes moderassem a associação positiva entre a percepção de ser um fardo e a ideação suicida. Por outro lado, estudos demonstraram que a percepção de ser um fardo media a relação entre algumas variáveis psicológicas e a suicidalidade, designadamente entre a depressão e o risco de suicídio (Campos, & Holden, 2015, 2016), entre o perfeccionismo e a ideação suicida (Joiner et al., 2009a), entre os sentimentos de não pertença e a capacidade adquirida para o suicídio e a ideação suicida (Hill & Pettit, 2014).

Objetivos do estudo

Um número considerável de estudos tem-se centrado na compreensão psicológica dos comportamentos suicidários, nomeadamente da ideação suicida (e.g. DeLisle, & Holden, 2004; Ducasse et al., 2017; Troister & Holden, 2012), que é considerada um importante indicador de risco para o suicídio efetivo (Brezo et al., 2007). Por outro lado, a ideação suicida é considerada uma consequência frequente a longo prazo do trauma na infância (e.g., Roy, 2011). Embora o contributo do trauma infantil para a ideação suicida esteja bem documentado, não é completamente claro que variáveis podem mediar e/ou moderar esta relação. Não obstante, alguns estudos têm apontado para variáveis de natureza psicológica ou interpessoal (Bahk et al. 2017; Felzen, 2002; Joiner et al., 2007; Van Orden et al., 2010).

O presente estudo tem como objetivo, numa amostra não clínica de conveniência e através de um design longitudinal a cinco meses, estudar o efeito do trauma infantil na ideação suicida em jovens adultos, bem como estudar os efeitos de mediação e moderação da dor psicológica, *psychache*, e das necessidades interpessoais frustradas na relação entre trauma infantil e ideação suicida. Será testado o papel mediador e moderador da dor psicológica, *psychache*, segundo o modelo de Shneidman (1993) e da percepção de ser um fardo e dos sentimentos de não-pertença, segundo a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio de Joiner (2005).

A dor psicológica e as necessidades interpessoais têm sido apontadas pela literatura como estando associadas com diferentes manifestações da suicidalidade (Cero et al., 2015; Verrocchio et al., 2016). Será controlado o efeito dos sintomas depressivos e

de variáveis sociodemográficas relevantes, isto é, que apresentem relação com a ideação suicida. A depressão tem sido vista como um dos mais importantes preditores da ideação suicida (Brown et al., 2000), uma variável mediadora na relação entre trauma infantil e ideação suicida (Miller et al., 2017) e uma consequência do trauma na infância (Miller et al., 2014).

A ideação suicida será avaliada pelo Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiros, 1998). Este inventário permite obter resultados para uma subescala designada de “ideação suicida negativa”, uma forma de ideação geralmente avaliada pelas escalas de ideação suicida, relativa a pensamentos sobre morte e suicídio e, para uma subescala de “ideação suicida positiva”, que avalia uma forma de ideação resiliente ou protetora relativamente a comportamentos suicidários mais graves, ou seja, neste caso, pensamentos ligados à utilização de estratégias de coping eficientes, ao otimismo e à confiança pessoal.

Especificamente, neste estudo serão testados dois modelos, um de mediação e outro de moderação: se variações na dor psicológica e nas necessidades interpessoais frustradas medeiam e/ou moderam a relação entre trauma infantil e variações na ideação suicida negativa e na ideação suicida positiva ao longo de cinco meses. Espera-se obter uma relação positiva entre trauma infantil e variações na ideação suicida negativa e uma relação negativa entre trauma infantil e variações na ideação positiva e, que, variações na dor psicológica, *psychache*, e nas necessidades interpessoais, simultaneamente, mediem e/ou moderem essas relações.

Método

Participantes e procedimento

Foram inicialmente contactados 398 alunos que frequentavam um curso da Universidade de Évora. Destes 398, quatro alunos recusaram participar na investigação. Dos restantes 394, oito foram eliminados, três por terem mais de 30 anos de idade (dado que a população em estudo é a de jovens adultos) e cinco, por apresentarem protocolos inválidos, por exemplo, o não preenchimento de um dos questionários. Desta forma, a amostra final, no momento 1, ficou constituída por 386 participantes (50.3% mulheres),

com idades compreendidas entre os 17 e os 29 anos ($M = 19.65$; $DP = 2.22$) (2.8% dos participantes com idade superior a 25 anos). No segundo momento de aplicação, foi possível contactar 293 dos 398 alunos que tinham participado no momento 1 - amostra inicial no momento 2. A percentagem de participantes que não responderam na segunda aplicação foi, então, de 24.4%. No segundo momento de recolha, houve 5 protocolos inválidos, pelo que a amostra final no momento 2, ficou constituída por 288 alunos (53.8% mulheres), com uma média de idade de 19.49 ($DP = 1.89$). A descrição das características sociodemográficas desta amostra final encontra-se no quadro 1. Comparando a amostra final de 288 participantes com os 98 que não participaram no momento 2, verifica-se que este último grupo é ligeiramente mais velho $t(384) = 2.02$, $p < .05$, com uma percentagem de homens um pouco mais elevada $\chi(1)^2 = 5.75$, $p < .05$ e com uma percentagem mais elevada de trabalhadores-estudantes $\chi(1)^2 = 7.78$, $p < .01$.

O projeto de investigação, coordenado pelo orientador desta dissertação e, onde se insere a recolha de dados deste estudo, foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora. Contactaram-se, antecipadamente, diversos docentes com o intuito de disponibilizarem algum tempo das suas aulas para a aplicação do protocolo. A recolha de dados do presente estudo ocorreu em dois momentos com um intervalo de aproximadamente cinco meses. A média da diferença, em semanas, entre os dois momentos de recolha foi de 21.56 ($DP = 0.77$). O intervalo de tempo foi escolhido apenas por conveniência. A recolha foi realizada pela mestrandia e por uma outra mestrada, inseridas no projeto de investigação acima mencionado, tendo estas pautado a recolha de dados pelas normas deontológicas da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Os protocolos de investigação foram recolhidos em contexto de sala de aula. Os estudantes que aceitaram participar, antes de preencherem o protocolo de investigação, assinaram um termo de consentimento informado em duplicado (uma das cópias ficou para o participante), onde estavam descritas as condições de participação (designadamente, a não remuneração, a natureza voluntária, a garantia de confidencialidade e o anonimato das respostas). O protocolo de investigação era composto por uma ficha de dados demográficos e clínicos e, seguidamente, por um conjunto de questionários, cinco dos quais utilizados neste estudo. De forma a possibilitar o emparelhamento dos protocolos de ambas as aplicações e, ainda assim, garantir o anonimato dos participantes, solicitou-se aos alunos que escrevessem as iniciais do seu nome completo.

Quadro 1. *Variáveis sociodemográficas da amostra final em estudo (N = 288)*

<i>Variáveis</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Media (DP)</i>
Idade				19.49 (1.89)
Género	<i>Mulheres</i>	155	53.8	
	<i>Homens</i>	133	46.8	
Trabalhador-estudante	<i>Não</i>	275	95.5	
	<i>Sim</i>	9	3.1	
Grau de satisfação com o curso				4.21 (0.61)
Teve de sair de casa para estudar	<i>Não</i>	84	21.8	
	<i>Sim</i>	293	75.9	
Ano de frequência da universidade	<i>1º</i>	214	55.4	
	<i>2º</i>	29	7.5	
	<i>3º</i>	124	32.1	
	<i>4º</i>	12	3.1	
	<i>5º</i>	3	0.8	
	<i>6º</i>	1	0.3	
Curso	<i>Agronomia</i>	4	1.4	
	<i>Biologia Humana</i>	17	5.9	
	<i>Ciências do Desporto</i>	39	13.5	
	<i>Economia</i>	21	7.3	
	<i>Engenharia Informática</i>	18	6.3	
	<i>Engenharia Mecatrónica</i>	19	6.6	
	<i>Gestão</i>	47	16.3	
	<i>Matemática aplicada a Economia e Gestão</i>	5	1.7	
	<i>Medicina Veterinária</i>	44	15.3	
	<i>Psicologia</i>	73	25.3	
	<i>Reabilitação Psicomotora</i>	1	0.3	

Instrumentos de medida

Ficha de dados sociodemográficos. Composta por um conjunto de questões com o objetivo de obter informação sobre um conjunto de variáveis de carácter sociodemográfico, nomeadamente, género, idade, ano do curso, curso que frequenta, se é trabalha-

dor-estudante, se teve de sair de casa para frequentar a universidade e o grau de satisfação com o curso em que está a estudar.

Questionário de Trauma de Infância – Versão Breve (CTQ; Bernstein et al., 2003). É uma medida de autorrelato constituída por 28 itens, sendo uma forma abreviada da versão original de 70 itens, desenvolvida por Bernstein, Ahluvalia, Pogge e Handelsman (1997). Este questionário foi desenvolvido para avaliar a presença ou ausência de abuso físico, emocional e sexual, e negligência física e emocional ocorridas até aos 15 anos de idade. É composto por 5 escalas, cada uma constituída por 5 itens. Existem, ainda, 3 itens que não pertencem a nenhuma das referidas escalas e que avaliam o índice de negação. Este índice é avaliado pela existência de respostas extremas aos itens 10, 16 e 22, os quais refletem a existência de uma infância perfeita. Os itens deste inventário são respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, que varia entre "1 - Nunca verdadeiro" a "5 - Sempre". Dos 28 itens, 7 refletem uma infância agradável e são cotados de forma invertida (e.g. "Tive a melhor família do mundo"; "Sabia que havia alguém para me cuidar e proteger"). Exemplos de itens da escala de abuso físico são: "Na minha família batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico"; "Acredito que fui fisicamente maltratado". Exemplos de itens da escala de abuso emocional são: "Acredito que fui maltratado(a) emocionalmente"; "Achava que os meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido". Exemplos de itens da escala de abuso sexual são: "Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar alguém sexualmente"; "Tentaram forçar-me a fazer ou a assistir a algo sexual". Exemplos de itens da escala de negligência emocional, os quais são formulados pela positiva, são: "Senti-me amado(a)"; "As pessoas da minha família cuidavam umas das outras". Exemplos de itens da escala de negligência física são: "Eu não tinha comida suficiente"; "Tinha que usar roupas sujas".

Para além de resultados para cada uma das cinco subescalas, que avaliam um dos cinco tipos de trauma, o CTQ possibilita também calcular um índice geral de trauma na infância, podendo este resultado variar entre 5 e 25. Resultados superiores indicam uma maior e mais grave exposição a trauma na infância. O índice de negação obtém-se pela soma de um ponto por cada resposta "sempre" aos itens 10, 16 e 22. Neste estudo utilizou-se apenas o índice geral de trauma na infância. A versão original do questionário apresenta boas características psicométricas, no que respeita à consistência interna,

com valores de alfa de Cronbach de 0.92 para a subescala de abuso sexual, 0.91 para a negligência emocional, 0.87 para o abuso emocional, 0.83 para o abuso físico e 0.61 para a negligência física, numa amostra comunitária representativa (Bernstein et al., 2003). A versão portuguesa (Dias et al., 2013) apresenta consistência interna aceitável, com valores de alfa de Cronbach de 0.84 para a escala total, 0.79 para a negligência emocional, 0.77 para o abuso físico, 0.71 para o abuso emocional, 0.71 para o abuso sexual, e 0.47 para a negligência física. No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach referente à escala global foi de 0.85.

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977). A CES-D é um instrumento de autorrelato de 20 itens que avalia a frequência de ocorrência de sintomatologia depressiva na semana anterior à avaliação. É composto por 20 itens (e.g., “Senti-me sozinho”; “Senti-me triste”) que são respondidos numa escala de Likert de 4 níveis, variando entre “0- Nunca ou muito raramente – menos de 1 dia” e “3- Com muita frequência ou sempre – 5-7 dias”. Dos 20 itens, quatro estão escritos no sentido da eutimia (e.g., “Senti prazer ou gosto na vida”; “Senti-me confiante no futuro”) e são cotados de forma invertida. A introdução destes itens serviu para tentar minimizar o efeito de algumas tendências de resposta e permitir avaliar estados de afetivos positivos. O total de escala pode variar entre 0 e 60 pontos, com resultados mais elevados a indicarem uma maior frequência de sintomatologia depressiva. A escala apresenta boas características psicométricas no que respeita à consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0.85 numa amostra da comunidade e 0.90 numa amostra clínica (Radloff, 1977). Realizaram-se três estudos que possibilitaram a validação de uma versão portuguesa (Gonçalves & Fagulha, 2004). No que diz respeito à consistência interna, obtiveram-se valores de alfa de Cronbach de 0.92 numa amostra não clínica de estudantes universitários, 0.89 numa amostra clínica de indivíduos de 35 a 65 anos e 0.85 numa amostra da comunidade de indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e 65. No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach quer no primeiro quer no segundo momento de recolha de dados foi de 0.91.

Psychache Scale (Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001). Consiste numa medida de autorrelato desenvolvida para avaliar o construto de dor psicológica,

psychache, proposto por Shneidman (1993). É constituída por 13 itens, os quais são respondidos numa escala de Likert de 5 pontos. A escala de reposta dos primeiros nove itens varia entre “1- Nunca” até “5- Sempre”, avaliando a frequência da dor psicológica (e.g., “Psicologicamente, sinto-me terrivelmente mal”; A minha dor faz-me ter vontade de gritar”) e nos restantes itens varia entre “1- Discordo fortemente” e “5- Concordo fortemente”, avaliando a intensidade da mesma (e.g., “Não consigo aguentar mais a minha dor”; “A minha dor está a desfazer-me”). O valor total da escala obtém-se somando o valor dos 13 itens (variando entre 13 e 65 pontos), sendo que uma pontuação superior é indicativa de um nível mais elevado de dor psicológica (Holden et al., 2001). A versão original do instrumento mostrou-se psicometricamente adequada, com valores de alfa de Cronbach superiores a 0.90, permitindo avaliar de forma válida a intensidade da dor psicológica sentida pelos sujeitos, distinguir indivíduos com e sem ideação suicida e prever os comportamentos suicidas e a ideação, mesmo quando controlando variáveis como a depressão e a desesperança (e.g., DeLisle & Holden, 2004). A versão portuguesa (Campos, Holden, & Gomes, 2018) apresenta boas qualidades psicométricas relativamente à consistência interna, com um valor de alfa de Cronbach de 0.95, permitindo, igualmente, diferenciar indivíduos que tentaram o suicídio dos que não tentaram. No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach no primeiro e no segundo momento de recolha de dados foi de 0.93.

Inventário de Necessidades Interpessoais (INQ-15; Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012). É uma medida de autorrelato de 15 itens, respondidos numa escala de Likert de 7 pontos, variando de “1-De maneira nenhuma verdadeiro para mim” a “7-Muito verdadeiro para mim”. Este inventário avalia as necessidades interpessoais percebidas como frustradas, de acordo com a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio de Joiner (2005), mais especificamente a perceção de ser um fardo (*perceived burdensomeness*) e os sentimentos de não-pertença (*thwarted belongingness*). Os 6 primeiros itens do inventário avaliam a perceção de ser um fardo e os restantes 9 os sentimentos de não-pertença. Na escala respeitante aos sentimentos de não-pertença, 6 dos 9 itens são cotados de forma invertida. Exemplos de itens da escala perceção de ser um fardo são: “Atualmente, as pessoas que fazem parte da minha vida estariam mais felizes sem mim”; “Atualmente, acho que a minha morte seria um alívio para as pessoas que

fazem parte da minha vida”. Exemplos de itens da escala de sentimentos de não-pertença são: “Atualmente, tenho sorte em ter muitos amigos que cuidam de mim e me dão apoio” (cotação invertida); “Atualmente, sinto-me com frequência como um estranho quando estou no meio de outras pessoas”. O resultado de cada escala obtém-se somando os valores dos respectivos itens, dividindo depois o resultado pelo número de itens da escala, pelo que os resultados variam entre 1 e 7. Resultados mais elevados assinalam níveis mais elevados de perceção de ser um fardo e de sentimentos de não-pertença. A versão portuguesa de Costa, Campos, Simões e Pio (2019), possui boas qualidades psicométricas, com um valor de alfa de Cronbach de 0.92 para a escala da perceção de ser um fardo e de 0.80 para a escala dos sentimentos de não-pertença numa amostra da comunidade. No presente estudo, no primeiro momento, os valores de alfa de Cronbach foram de 0.93 e 0.83, para a escala de perceção de ser um fardo e para a escala de sentimentos de não-pertença, respetivamente e, no segundo momento, os valores de alfa de Cronbach foram de 0.90 e 0.79, para a escala de perceção de ser um fardo e sentimentos de não-pertença, respetivamente.

Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PNSII); (Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiros, 1998). Este inventário é uma medida de autorrelato de 14 itens, sob a forma de questão, que são respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, variando de “1 – Nunca” (nunca) a “5 – A maior parte do tempo”. Este inventário tem duas escalas, uma avalia a frequência de “ideação suicida negativa” (ex.: cognições diversas sobre morte e sobre por termo à vida) nas duas semanas anteriores à avaliação, e, a outra, avalia a frequência de “ideação suicida positiva” (ideação protetora face a comportamentos suicidários mais graves - relativa a estratégias de coping, otimismo e confiança em si mesmo). As duas escalas foram empiricamente construídas com base na análise fatorial. A escala de ideação positiva é composta por 6 itens e a escala de ideação negativa é constituída por 8 itens. A pontuação total em cada uma das escalas obtém-se através da soma das pontuações dos respectivos itens, variando, assim, entre 6 e 30 na escala de ideação positiva e entre 8 e 40 na escala de ideação negativa (Aloba, Adefemi, & Aloba, 2018). Pontuações mais elevadas na escala de ideação negativa e mais baixas na escala de ideação positiva refletem maior risco de suicídio. Exemplos de itens de ideação positiva são “Sentiu que tinha controlo sob a maioria das situações na sua vi-

da?"; "Sentiu-se esperançado(a) no futuro porque as coisas estavam a correr bem para si?"; "Sentiu-se desesperançado(a) no futuro e perguntou se deveria matar-se?". Na versão original, ambas as escalas apresentaram um bom nível de consistência interna, com alfas de Cronbach de 0.80 e 0.91 para as escalas de ideação positiva e ideação negativa, respetivamente. Utilizou-se uma versão traduzida especificamente para o presente estudo. No processo de tradução do inventário, participaram cinco psicólogos clínicos, incluindo o orientador desta dissertação. Foi também realizada uma retroversão por uma tradutora bilingue. No presente estudo, no primeiro momento, os valores de alfa de Cronbach foram de 0.89 e 0.95 para a escala de ideação positiva e ideação negativa, respetivamente, e no segundo momento os valores de alfa de Cronbach foram de 0.90 e 0.91 para a escala de ideação positiva e ideação negativa, respetivamente.

Procedimentos de análise de dados

Os valores omissos, em ambos os momentos, foram em número muitíssimo residual, pelo que se optou pela substituição pela média da respetiva variável. Como análise preliminar, calcularam-se correlações de Pearson entre as variáveis sociodemográficas e a ideação suicida positiva e a ideação suicida negativa. Calcularam-se, também, as correlações entre as variáveis em estudo. Para testar se variações na perceção de ser um fardo e nos sentimentos de não pertença, bem como em *psychache*, medeiam a relação entre trauma e variações na ideação suicida positiva e na ideação suicida negativa, controlando variações nos sintomas depressivos, testou-se um modelo de *path analysis* longitudinal, recorrendo à Modelação de Equações Estruturais e ao software AMOS 21. Colocaram-se também como variáveis exógenas, para além do trauma infantil, as variáveis sociodemográficas que apresentassem uma correlação significativa com a ideação suicida positiva ou com a ideação suicida negativa. Controlou-se a variância comum dos erros das duas variáveis endógenas, ideação suicida positiva e ideação suicida negativa.

Para poder avaliar a existência de um efeito de mediação, testou-se primeiramente, um modelo sem variáveis mediadoras, colocando-se apenas como variáveis exógenas o trauma infantil e as covariáveis e, como variáveis endógenas/dependentes, a

ideação suicida positiva e a ideação suicida negativa no momento 2. Controlou-se o efeito destas duas variáveis dependentes no momento 1. Posteriormente, testou-se um modelo de mediação, colocando-se como variáveis mediadoras, a percepção de ser um fardo, os sentimentos de não pertença, *psychache* e os sintomas depressivos, no momento 2. Para além de se controlar o efeito das variáveis dependentes no momento 1, controlou-se o efeito das quatro variáveis mediadoras no momento 1. Devido à não normalidade da distribuição das variáveis, recorreu-se à metodologia de bootstaping com 1.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95% para testar os níveis de significância dos parâmetros estimados (e. g., Yung & Bentler, 1996).

Testaram-se também dois modelos de moderação de variações na dor psicológica e nas necessidades interpessoais frustradas na relação entre trauma infantil e variações na ideação suicida positiva e na relação entre trauma infantil e variações na ideação suicida negativa, com recurso a uma análise de regressão múltipla hierárquica. No primeiro passo foi colocada a variável ideação suicida positiva ou negativa, conforme o modelo, e eventuais covariáveis, ou seja, variáveis sociodemográficas que se correlacionassem com a ideação suicida. No segundo passo adicionou-se a variável trauma infantil. No terceiro passo introduziram-se as variáveis percepção de ser um fardo, sentimentos de não pertença, *psychache* e sintomas depressivos, em cada um dos momentos de recolha de dados. Finalmente, no quarto passo, foram introduzidos os oito termos de interação entre trauma infantil e as variáveis moderadores em cada um dos momentos. Para evitar problemas decorrentes da não normalidade e não homocedasticidade dos resíduos, recorreu-se, uma vez mais, à metodologia de bootstrapping (com 1.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) para testar os níveis de significância dos parâmetros estimados (e. g., Yung & Bentler, 1996).

Resultados

Análise preliminar

Verificou-se que apenas duas das seis variáveis sociodemográficas, o sexo ($r_{(286)} = .12, p = .05$) e o ano de frequência da universidade ($r_{(286)} = .14, p < .05$), se correlacionaram significativamente com a ideação suicida positiva. No entanto, nenhuma das

variáveis se correlacionou com a ideação suicida negativa. Assim sendo, estas duas variáveis foram introduzidas como covariáveis nos modelos de mediação e moderação. As correlações bivariadas entre as variáveis em estudo encontram-se no quadro 2. Verifica-se que todas as correlações são significativas para um nível de significância de $p < .001$.

Modelo de mediação longitudinal

Testou-se, primeiramente, um modelo sem as variáveis mediadoras (veja-se figura 1A), tendo-se verificado que se ajusta aos dados de forma muito satisfatória ($\chi^2[4] = 3.012, p > .05, \chi^2/df = 0.753, GFI = 0.997, CFI = 1.000, RMSEA = 0.000, SRMR = 0.017$) e, explicando, 27% ($p < .001$) da variância da ideação suicida negativa avaliada no momento 2 e 34% ($p < .001$) da variância da ideação suicida positiva avaliada no momento 2. O trauma infantil relaciona-se significativamente com a ideação positiva momento 2 ($\beta = -.161, SE = 0.054, 95\% \text{ CI } [-0.270, -0.056], p < .01$), e tende a relacionar-se significativamente com a ideação negativa no momento 2 ($\beta = .178, SE = 0.091, 95\% \text{ CI } [-0.023, 0.346], p < .10$)¹. O sexo relaciona-se significativamente com a ideação positiva no momento 2 ($\beta = .124, SE = 0.046, 95\% \text{ CI } [0.046, 0.225], p < .01$), apresentando as mulheres resultados significativamente mais elevados em ideação positiva. O ano de frequência do curso não apresentou uma relação significativa com a ideação suicida positiva.

O modelo de *path analysis* final de mediação longitudinal (veja-se figura 1B) ajusta-se aos dados de forma muito satisfatória ($\chi^2[32] = 52.997, p < .05, \chi^2/df = 1.656, GFI = 0.977, CFI = 0.990, RMSEA = 0.048, SRMR = 0.030$). O modelo explica 54% ($p < .001$) da variância da ideação suicida negativa avaliada no momento 2 e 51% ($p < .001$) da variância da ideação suicida positiva avaliada no momento 2. Verifica-se que o sexo mantém uma relação significativa com a ideação positiva no momento 2 ($\beta = .090, SE = 0.041, 95\% \text{ CI } [0.022, 0.177], p < .05$), bem como o ano de frequência do curso ($\beta = .090, SE = 0.041, 95\% \text{ CI } [0.009, 0.171], p < .05$)². Verifica-se,

¹ Note-se que quando se considera o intervalo de confiança [0.002, 0.112] tem-se por base o parâmetro bruto $B = .051$, e não o parâmetro estandardizado $\beta = .178$, a relação é significativa para $p < .05$

² Por uma questão de simplificação na apresentação dos resultados de um modelo com alguma complexidade, reportam-se apenas as relações significativas

Quadro 2. *Correlações bivariadas entre as variáveis em estudo*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	M	DP
1.Trauma	—												32.64	9.45
2. Sintomas depressivos T1	.56**	—											15.06	10.21
3. <i>Psychache</i> T1	.49**	.66**	—										24.23	9.96
4. Percepção de ser um fardo T1	.60**	.51**	.53**	—									1.44	.77
5. Sentimentos de não pertença T1	.52**	.56**	.48**	.62**	—								2.40	.98
6. Ideação positiva T1	-.39**	-.65**	-.54**	-.49**	-.57**	—							22.56	4.86
7. Ideação negativa T1	.51**	.46**	.52**	.61**	.44**	-.38**	—						9.36	4.16
8. Sintomas depressivos T2	.35**	.48**	.50**	.33**	.33**	-.36**	.24**	—					12.02	8.90
9. <i>Psychache</i> T2	.42**	.46**	.70**	.44**	.33**	-.35**	.34**	.66**	—				22.85	8.70
10. Percepção de ser um fardo T2	.48**	.39**	.41**	.69**	.41**	-.36**	.40**	.43**	.51**	—			1.43	.74
11. Sentimentos de não pertença T2	.43**	.44**	.37**	.47**	.56**	-.38**	.30**	.53**	.50**	.57**	—		2.42	.85
12. Ideação positiva T2	-.35**	-.45**	-.37**	-.44**	-.47**	-.55**	-.32**	-.47**	-.39**	-.52**	-.56**	—	21.84	5.04
13. Ideação negativa T2	.38**	.43**	.39**	.38**	.30**	-.26**	.51**	.57**	.50**	.49**	.37**	-.38**	8.88	2.72

Nota: N = 288, **p< .001, two-tailed

Figuras 1A e 1B

Figura 1A

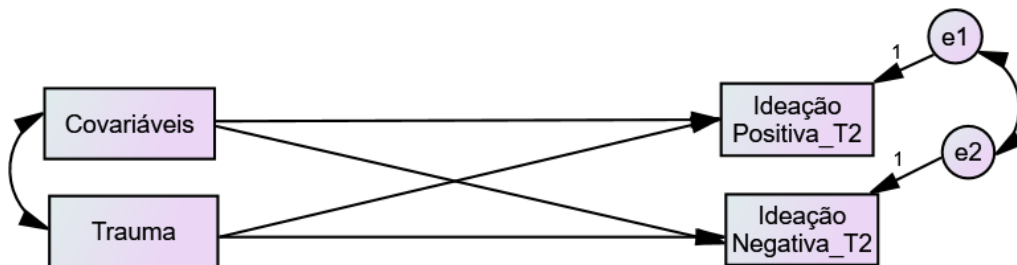
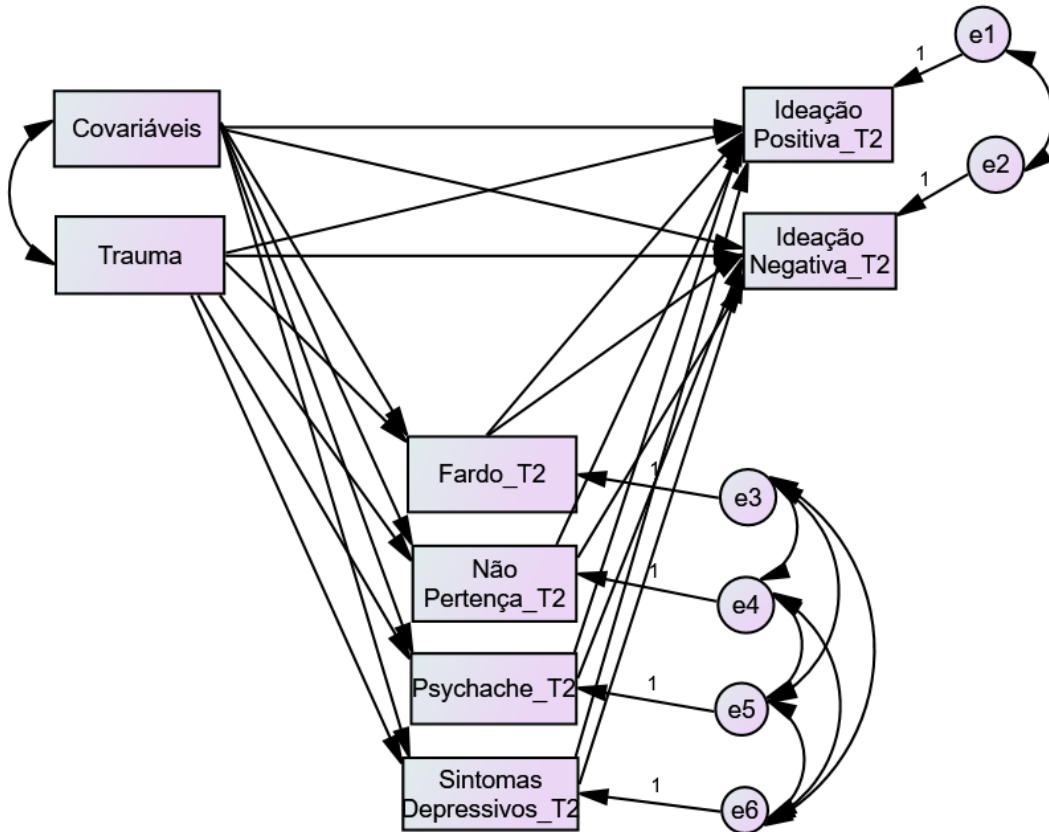


Figura 1B



Nota: Foram controlados os efeitos das variáveis mediadoras e dependentes no momento 1, de modo a testar variações nas variáveis mediadoras e dependentes. Por uma questão de simplificação, estas não aparecem nas figuras 1A e 1B.

igualmente, que o trauma infantil se relaciona com os sintomas depressivos no momento 2 ($\beta = .138$, $SE = 0.067$, 95% CI [0.013, 0.278], $p < .01$), com *psychache* no momento 2 ($\beta = .153$, $SE = 0.052$, 95% CI [0.051, 0.253], $p < .01$), com a percepção de ser um fardo no momento 2 ($\beta = .136$, $SE = 0.048$, 95% CI [0.049, 0.234], $p < .01$) e com os sentimentos de não pertença no momento 2 ($\beta = .195$, $SE = 0.049$, 95% CI [0.099, 0.291], $p < .01$). Verifica-se, também, que os sintomas depressivos no momento 2 se relacionam significativamente com a ideação suicida negativa no momento 2 ($\beta = .373$, $SE = 0.093$, 95% CI [0.193, 0.556], $p < .001$), que a percepção de ser um fardo no momento 2 tende a se relacionar com a ideação suicida negativa no momento 2 ($\beta = .272$, $SE = 0.119$, 95% CI [-0.024, 0.470], $p < .10$)³ e que *psychache* no momento 2 tende a se relacionar com a ideação suicida negativa no momento 2 ($\beta = .171$, $SE = 0.094$, 95% CI [-0.008, 0.358], $p < .10$). Verifica-se, ainda, que os sintomas depressivos, avaliados no momento 2, se relacionam com a ideação suicida positiva no momento 2 ($\beta = -.173$, $SE = 0.065$, 95% CI [-0.296, -0.031], $p < .01$), bem como a percepção de ser um fardo ($\beta = -.255$, $SE = 0.085$, 95% CI [-0.392, -0.052], $p < .01$) e os sentimentos de não pertença ($\beta = -.228$, $SE = 0.057$, 95% CI [-0.340, -0.110], $p < .01$).

Não se verifica um efeito direto do trauma infantil na ideação suicida positiva no momento 2, nem na ideação suicida negativa no momento 2, mas verifica-se um efeito indireto do trauma infantil na ideação negativa no momento 2 ($\beta = .094$, $SE = 0.041$, 95% CI [0.016, 0.191], $p < .05$) e do trauma infantil na ideação positiva no momento 2 ($\beta = -.100$, $SE = 0.029$, 95% CI [-0.165, -0.049], $p < .01$).

Dado que foram sempre controlados os efeitos das variáveis mediadoras e dependentes no momento 1, os resultados mostram, então, que variações nos sintomas depressivos e na percepção de ser um fardo (e tendencialmente variações em *psychache*) medeiam a relação entre trauma infantil e variações na ideação suicida negativa e, que variações nos sintomas depressivos, na percepção de ser um fardo e nos sentimentos de

³ Note-se uma vez mais que quando se considera o intervalo de confiança [0.004, 0.336] tem-se por base o parâmetro bruto $B = .172$, e não o parâmetro estandardizado $\beta = .272$, a relação é significativa para $p < .05$

não pertença medeiam a relação entre trauma infantil e variações na ideação suicida positiva.

Modelo de moderação longitudinal

Verificou-se na análise de regressão múltipla hierárquica para prever a ideação suicida negativa no momento 2, que no passo 1, a ideação suicida no momento 1 deu um contributo significativo ($B = .332$, $SE = .060$, $p < .001$, $CI [0.219, 0.453]$), mas que no passo 2, o trauma infantil não deu um contributo significativo adicional. No passo 3, a percepção de ser um fardo no momento 2 ($B = .172$, $SE = .080$, $p < .05$, $CI [0.027, 0.316]$) e os sintomas depressivos no momento 2 ($B = .116$, $SE = .037$, $p < .01$, $CI [0.049, 0.189]$) deram um contributo significativo na previsão de variações na ideação suicida negativa. No passo quatro nenhum dos termos de interação apresentou um valor significativo.

Na análise de regressão múltipla hierárquica para prever a ideação suicida positiva no momento 2, verificou-se que no passo 1 a ideação suicida positiva no momento 1 deu um contributo significativo ($B = .566$, $SE = .058$, $p < .001$, $CI [0.448, 0.681]$), bem como o sexo ($B = 1.3290$, $SE = .520$, $p < .05$, $CI [0.215, 2.332]$), mas não o ano de frequência da universidade. No passo 2, o trauma deu um contributo significativo adicional para prever variações na ideação suicida positiva ($B = -.084$, $SE = .029$, $p < .01$, $CI [-0.143, -0.031]$). No passo 3, a percepção de ser um fardo no momento 2 ($B = -.294$, $SE = .092$, $p < .01$, $CI [-0.420, -0.049]$), os sentimentos de não pertença no momento 2 ($B = -.149$, $SE = .037$, $p < .001$, $CI [-0.217, -0.078]$) e os sintomas depressivos no momento 2 ($B = -.098$, $SE = .039$, $p < .05$, $CI [-0.173, -0.022]$) deram um contributo significativo na previsão de variações na ideação suicida positiva. No passo quatro nenhum dos termos de interação apresentou um valor significativo.

Discussão

O presente estudo, que assumiu uma perspetiva psicológica de compreensão dos comportamentos suicidários, teve como objetivo estudar, numa amostra não clínica de conveniência e, através de um design longitudinal a cinco meses, o efeito do trauma infantil em variações na ideação suicida negativa e positiva em jovens adultos, bem

como estudar os efeitos de mediação e moderação de variações na dor psicológica, *psychache*, e das necessidades interpessoais frustradas, na relação entre trauma infantil e variações na ideação suicida negativa e positiva.

Resumidamente, o modelo de mediação testado, que se ajustou de forma satisfatória aos dados, mostra que diversas variáveis mediadoras, de natureza psicológica, ajudam a explicar a relação entre trauma infantil e ideação suicida, mas também entre trauma infantil e uma forma de ideação protetora face a comportamentos suicidários mais graves. No entanto, contrariamente ao esperado, não se obtiveram efeitos de moderação significativos. Estes resultados indicam que as variáveis interpessoais (i.e., sentimentos de não pertença e percepção de ser um fardo) e *psychache* não potenciam o efeito do trauma, mas explicam, em parte, a razão pela qual o trauma conduz a uma menor pensamentos protetores e a maior ideação suicida.

De acordo com os resultados do presente estudo, algumas variáveis sociodemográficas contribuíram para a previsão de variações na ideação positiva, nomeadamente o sexo e o ano de frequência na universidade. Neste caso, os resultados sugerem que as mulheres e os indivíduos com mais anos de frequência no ensino superior apresentam mais ideação suicida positiva. Estes resultados vão ao encontro de resultados de estudos prévios que indicam que os estudantes de primeiro ano do ensino superior reportam menores níveis de resiliência e maior stress e desajustamentos psicológicos (Anasuri & Anthony, 2018). DeRosier, Frank, Schwartz e Leary (2013) referem que a entrada no ensino superior constitui um momento stressante na vida dos estudantes, já que muitos têm de se distanciar das suas famílias e amigos próximos e se adaptar às novas pressões e exigências académicas, financeiras e sociais, num ambiente maioritariamente desconhecido. Referem ainda que os estudantes do primeiro ano tendem a apresentar mais stress, ansiedade e sofrimento psicológico relativamente aos sujeitos com mais anos de frequência na universidade.

Por outro lado, alguns estudos indicam que as mulheres, comparativamente aos homens, atribuem maior importância e reportam expectativas mais elevadas no que respeita ao estabelecimento de relações interpessoais no contexto académico (Soares, Guisande, & Almeida, 2007) e, também, níveis mais altos de comunicação, autonomia empatia, e relações mais positivas com os pares e professores no contexto educativo (Sun & Stewart, 2007). Estes aspetos, sobretudo nesta fase de desenvolvimento (Arnett,

2000; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2009), podem constituir importantes fatores protetores para os sujeitos e relacionam-se com pensamentos mais positivos e protetores face a comportamentos suicidário mais graves – ideação suicida positiva.

Dado que, no modelo sem mediadores se verificou a existência de efeitos diretos do trauma infantil na ideação suicida positiva e negativa no momento 2, controlando a ideação no momento 1 e que, no modelo de mediação, os efeitos diretos deixaram de ser significativos, passando a haver, somente, efeitos indiretos significativos do trauma na ideação suicida positiva e negativa no momento 2, controlando a ideação suicida no momento 1, conclui-se que algumas variáveis medeiam a relação entre trauma e variações na ideação suicida positiva e negativa. Particularmente, variações nos sintomas depressivos e na percepção de ser um fardo, e tendencialmente em *psychache* medeiam a relação entre trauma infantil e variações na ideação suicida negativa, enquanto que variações nos sintomas depressivos, na percepção de ser um fardo e nos sentimentos de não pertença medeiam a relação entre trauma infantil e variações na ideação suicida positiva.

Estes resultados corroboram estudos prévios ao indicarem que a relação entre trauma e ideação suicida, a qual tem sido consistentemente demonstrada por diversos estudos empíricos (Knox, 2008; Joiner et al., 2007; Miller et al., 2014; Smith et al., 2018; Thompson et al., 2012), pode ser mediada por variáveis psicológicas e interpessoais (Bahk et al. 2017; Felzen, 2002; Joiner et al., 2007; Van Orden et al., 2010). Especificamente, estes resultados sugerem que a exposição ao trauma na infância conduz a experiências psicológicas de sofrimento, refletindo-se tanto sob a forma de dor psicológica, como de sentimentos de não pertença e de uma percepção de ser um fardo, bem como, ainda, de sintomas depressivos. Tal contribui para um aumento da ideação suicida negativa, bem como para uma diminuição de pensamentos positivos e protetores face a comportamentos suicidários mais graves, contribuindo, consequentemente, para um aumento do risco de comportamentos suicidários.

Efetivamente, a exposição ao trauma confere uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de depressão (Widom, DuMont, & Czaja, 2007). A depressão, por sua vez, aumenta o risco de ideação suicida (DeLisle & Holden, 2004) e diminui a resiliência dos sujeitos (Ziaian, de Anstiss, Antoniou, Baghurst, & Sawyer, 2012). Além disso, e de acordo com os resultados, a exposição ao trauma conduz também a

dificuldades interpessoais, as quais podem aumentar o risco de comportamentos suicidários, dado que aumentam a ideação suicida e, contribuem para a diminuição de ideação protetora do sujeito.

Os resultados deste estudo estão em consonância com os de vários outros estudos que apontam para associações entre a exposição ao trauma e dificuldades psicológicas e interpessoais e elevados níveis de sofrimento emocional (Schilling et al., 2014; Teicher et al., 2003). Segundo Joiner (2005) e Van Orden et al. (2010) as experiências de abuso ou negligência na infância, tendem a conduzir a sentimentos de não-pertença e à percepção de ser um fardo que, por sua vez, estão associados a um maior risco de comportamentos suicidários. Vários autores atestam também que o trauma infantil está associado a maior desajustamento psicológico (Joiner et al., 2007), bem como a sentimentos de vazio, solidão, abandono, desvalorização e rejeição (Hu et al., 2014; Puzia et al., 2014), os quais, segundo Shneidman (1993) estão na base da vivência de dor psicológica, pois contribuem para a frustração de necessidades psicológicas básicas (e.g. necessidade de conforto, segurança, autonomia, afiliação, à rutura de relações interpessoais importantes). Este mal-estar psicológico, contribui, consequentemente, para um maior risco de comportamentos suicidários.

Os resultados devem ser lidos, igualmente, à luz da etapa de desenvolvimento em que os participantes se encontram – a adultez emergente (Arnett, 2000) – etapa desenvolvimental que se caracteriza por uma maior autonomia relativamente à família (Monteiro, et al., 2009) e onde se atribui uma importância acrescida às relações com os pares, e ao ser-se aceite e considerado como parte de um grupo social (Arnet, 2000). Na ausência desta fonte de suporte social, se houver a percepção, por parte do sujeito, de que não é aceite, tal pode conduzir a maior sofrimento psicológico, logo, a um maior risco de comportamentos suicidários. Da mesma forma, visto que as relações sociais constituem um suporte fundamental para a resiliência dos jovens adultos (Monteiro et al., 2009) e um fator protetor importante nesta etapa do ciclo vital, a percepção de ser um fardo para os outros, aliados aos sentimentos de não pertença, que podem eventualmente advir da rejeição ou exclusão dos grupos sociais, poderão ter um impacto negativo importante, contribuindo para a diminuição de pensamentos e atitudes protetoras face aos comportamentos de risco.

De acordo com os resultados, variações em *psychache* relacionam-se apenas tendencialmente com a ideação suicida negativa, pelo que esta variável parece ter um papel secundário face aos sintomas depressivos e às necessidades interpessoais. Este resultado poderá ter que ver com fatores específicos da amostra em estudo, com aspetos particulares da faixa desenvolvimental da amostra estudada ou, simplesmente, dever-se ao facto de *psychache* partilhar variância apreciável com as necessidades interpessoais frustradas, como se pode ver nos valores de correlação apresentados no quadro 2.

Os resultados indicam que os sintomas depressivos, avaliados neste estudo como covariável, se associam, igualmente, com a ideação suicida positiva e negativa e, constituem mesmo o mediador mais forte da relação entre trauma infantil e ideação suicida. Estes resultados estão em consonância com os de estudos anteriores, que demonstraram uma associação forte entre sintomas depressivos e ideação suicida (DeLisle & Holden, 2004; Olié et al., 2010). É bem conhecido o impacto da sintomatologia depressiva no bem-estar dos indivíduos, na diminuição seus recursos internos do sujeito e da sua resiliência, a qual mitiga o risco de suicídio associado com o trauma infantil (Roy et al., 2011) e, ainda, como um fator de risco significativo para presença de ideação suicida, diretamente, ou mediada por outras variáveis como a dor psicológica e outras variáveis psicossociais (Bahk et al. 2017; Campos & Holden, 2015; Felzen, 2002). Alguns autores têm considerado a psicopatologia como um importantíssimo fator de risco para comportamentos suicidários (e.g. Brown, et al., 2000; Lester, 2000), sendo que a maioria dos sujeitos que apresenta ideação suicida, apresenta, igualmente, sintomatologia essencialmente depressiva (Overholser et al., 2012). As pessoas com depressão apresentam também menores níveis de resiliência (Ziaiane et al., 2012). Contudo, e de acordo com os resultados do presente estudo, apesar de os sintomas depressivos constituírem um importante mediador na relação entre trauma infantil e ideação suicida, deixam variância para ser explicada por outras variáveis, muito em particular, pelas necessidades interpessoais frustradas.

Também de acordo com os resultados obtidos, as necessidades interpessoais frustradas, a dor psicológica e os sintomas depressivos, não moderam a relação entre trauma na infância e ideação suicida. Assim sendo, as variáveis estudadas, bem como a covariável sintomas depressivos, ajudam a explicar porque é que o trauma na infância aumenta a ideação suicida e diminui a ideação protetora, mas não potenciam os efeitos

do trauma; ou seja, o trauma conduz, genericamente ao sofrimento psicológico, que por sua vez, aumenta a ideação suicida e diminui a ideação protetora, mas não interage com esse sofrimento psicológico na previsão da ideação suicida.

Limitações, estudos futuros e conclusão

O presente estudo apresenta algumas limitações. Uma delas é a utilização apenas de instrumentos de autorrelato. A resposta a este tipo de medidas pode ser sujeita a diversas formas de enviesamento (Dowling, Bolt, Deng, & Li, 2016). Especificamente, por se ter avaliado uma temática ainda muito estigmatizada socialmente, a suicidalidade, ainda que as respostas tenham sido anónimas e confidenciais, os participantes podem ter-se sentido constrangidos a revelar a presença de ideação suicida, por exemplo, por motivos morais e/ou religiosos (Rasic et al., 2009). Estudos futuros deverão utilizar outras metodologias, como a entrevista.

Outra limitação a referir é o tamanho da amostra, que embora seja aceitável, pode não ser representativa da população e, o facto de ser uma amostra de conveniência, aspetos que poderão não possibilitar a generalização dos resultados para a população geral. Assim, este estudo poderá ser replicado com amostras de maior dimensão e representativas da população de jovens adultos. Por outro lado, a amostra que participou foi de natureza não clínica, ou seja, de baixo risco. A utilização de amostras clínicas de risco elevado e de maior dimensão, pode ser uma sugestão para estudos futuros.

Acresce o facto de se verificarem algumas diferenças entre os indivíduos que não responderam no segundo momento e a amostra final, embora a perda de participantes do primeiro para o segundo momento não tenha sido considerável.

Apesar das limitações, os resultados obtidos vão ao encontro de evidências anteriores no que respeita à necessidade de considerar as necessidades interpessoais frustradas e *psychache*, particularmente as primeiras, como mediadoras da relação entre exposição ao trauma infantil e risco de suicídio, considerando como indicador desse risco, a ideação suicida, dado que contribuem para níveis superiores de ideação suicida negativa e menores níveis de ideação protetora. Acresce que de acordo com os resultados, estas necessidades interpessoais frustradas também preveem uma menor ideação protetora face a comportamentos suicidários mais graves. Ainda, os resultados

mostram que os sintomas depressivos ajudam a explicar a relação entre trauma na infância e ideação suicida negativa e ideação suicida positiva.

Como fenómeno multifacetado e multicausal não-linear, pode-se especular que os mecanismos explicativos dos comportamentos suicidários estão muitas vezes na interseção das vulnerabilidades internas do indivíduo e do contexto ambiental durante o seu desenvolvimento (e.g. exposição a trauma na infância) (McHolm et al., 2003). O trauma infantil constitui um fator de risco para a suicidalidade futura. Contudo, nem todos os indivíduos que foram expostos a situações traumáticas na infância apresentam comportamentos suicidários. As necessidades interpessoais frustradas e *psychache*, particularmente as primeiras, podem ajudar a explicar porque é que a exposição ao trauma aumenta o risco de vivenciar ideação suicida.

Estes resultados vêm reforçar a necessidade de se considerar a avaliação da dor psicológica, e das necessidades interpessoais, para além dos sintomas depressivos, em indivíduos que foram expostos a situações traumáticas na infância, mesmo em populações de baixo risco, dada a sua importância para a ideação suicida e consequentemente para o risco suicidário. Esta avaliação permitirá, eventualmente, detetar e, consequentemente, intervir atempadamente e diminuir o risco de comportamentos suicidários.

Dado que a ideação suicida constitui um importante fator de risco para o suicídio efetivo, o qual é uma das principais causas de morte em jovens adultos, torna-se clara a necessidade de implementar estratégias preventivas face aos comportamentos suicidários (Overholser et al., 2012), bem como, consciencializar os profissionais de saúde para a importância de considerar e avaliar variáveis de natureza psicológica em indivíduos potencialmente em risco. As intervenções terapêuticas devem igualmente focalizar-se na experiência interna dos indivíduos e não apenas no manejo dos sintomas depressivos. Neste mesmo sentido, um objetivo de investigação que pode ter implicações importantes para a prática clínica será o de tentar compreender as variáveis psicológicas associadas aos comportamentos suicidários e a forma como interagem, de modo a possibilitar uma maior precisão e objetividade na avaliação e monitorização do risco suicidário.

Referências Bibliográficas

- Aded, N. L. O., Dalcin, B. L. G. S., Moraes, T. M., & Cavalcanti, M. T. (2006). Abuso Sexual em Crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica* 33(4), 204-213. doi:10.1590/s0101-60832006000400006
- Ajdacic-Gross, V., Ring, M., Gadola, E., Lauber, C., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rossler, W. (2008). Suicide after bereavement: An overlooked problem. *Psychological Medicine*, 38(5), 673–676. doi:10.1017/s0033291708002754
- Aloba, O., Adefemi, S., & Aloba, T. (2018). Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Initial Psychometric Properties as a Suicide Risk Screening Tool Among Nigerian University Students. *Clinical Medicine Insights: Psychiatry*, 9, 1-9. doi:10.1177/1179557317751910
- Anasuri, S. & Anthony, K. (2018). Resilience levels among college students: a comparative study from two southern states in the usa. *Journal of Humanities And Social Science*, 23(1), 52-73. doi: 10.9790/0837-2301035273
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. doi:10.1037/0003-066x.55.5.469
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, Mann, J. J., & Oquendo, M. A. (2008). Suicidal behaviour in young women. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 317-331. doi:j.psc.2008.01.002
- Bahk, Y. C., Jang, S. K., Choi, K. H., & Lee, S. H. (2017). The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry Investigation*, 14(1), 37-43. doi:10.4306/pi.2017.14.1.37
- Baldessarini, R. J., & Hennen, J. (2004). Genetics of suicide: an overview. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(1), 1-13. doi:10.1080/714858479
- Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Psychological models of suicide. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 295-312. doi:10.1080/13811118.2013.824825
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1996). Hopelessness and suicidal behaviour. In J. Maltzberger (Editor), M. Goldblatt (Eds.), *Essential papers on suicide* (pp. 331-341). New York: New York University Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348. doi:10.1097/00004583-199703000-00012
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. doi:10.1016/s0145-2134(02)00541-0
- Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. (2006). Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*, 11, 336-351. doi:10.1038/sj.mp.4001803.
- Brás, M., Jesus, S., & Carmo, C. (2016). Fatores psicológicos de risco e protetores associados à ideação suicida em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 132-149. doi:10.15309/16psd170203
- Breton, J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., St-Georges, M., Ricard, ... Guilé, J. (2015). Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(2), 5-15. doi:10.1027/0227-5910.28.3.131
- Brezo, J., Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Hébert, M., & Turecki, G. (2007). Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: A population-based study. *Psychological Medicine*, 37, 1551-1562. doi:10.1017/S0033291707000803
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: further development of an integrative model. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, T. Reid & C. Jenny (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd ed.). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371-377. doi:10.1037/0022-006x.68.3.371
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., ... & Andrade, L. H. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and

- persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 197(1), 20-27. doi:10.1192/bjp.bp.109.074716
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs and *psychache* to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 994-1003. doi:10.1002/jclp.22196
- Campos, R. C., & Holden, R., (2016). Testing a theory based model of suicidality in a community sample. *Omega: Journal of Death and Dying*, 74(2), 119-137. doi:10.1177/0030222815598428.
- Campos, R. C., Gomes, M., Holden, R. R., Piteira, M., & Rainha, A. (2017). Does *psychache* mediate the relationship between general distress and suicide ideation?. *Death Studies*, 41(4), 241-245. doi:10.1080/07481187.2016.1251510
- Campos, R. C., Holden, R. R., & Gomes, M. (2019). Assessing psychache as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the psychache scale. *Death studies*, 43(8), 527-533.
- Campos, R. C., Holden, R. R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A. R., Costa, F., ... & Fresca, N. (2016). Self-report depressive symptoms do not directly predict suicidality in nonclinical individuals: contributions toward a more psychosocial approach to suicide risk. *Death studies*, 40(6), 335-349. doi:10.1080/07481187.2016.1150920
- Center for Disease Control (2015). Suicide: Facts at glance. National Center for Injury Prevention and Control. Retirado de: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.pdf>.
- Cero, I., Zuromski, K. L., Witte, T. K., Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2015). Perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and suicide ideation: Reexamination of the interpersonal-psychological theory in two samples. *Psychiatry Research*, 228, 544-550. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.055
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., ... Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313–1345. doi:10.1037/bul0000123
- Cornette, M. M., de Roon-Cassini, T. A., Fosco, G. M., Holloway, R. L., Clark, D. C., & Joiner, T. E. (2009). Application of an Interpersonal-Psychological model of

- suicidal behavior to physicians and medical trainees. *Archives of Suicide Research*, 13, 1-14. doi:10.1080/13811110802571801
- Costa, S., Campos, R. C., Simões, A., & Pio, A. S. (Accepted, March, 6, 2019). Estudos de validação do Interpersonal Needs Questionnaire (INQ-15) para a população portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*.
- Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., Van Orden, K. A., Regain, R. M., & Cook, R. L. (2011). Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychology and Aging*, 26, 331–338. doi:10.1037/a0021836
- DeLisle, M. M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and *psychache* in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 42, 46–63. doi:10.1177/0748175609333562
- DeLisle, M., & Holden, R. R. (2004). Depression, hopelessness, and *psychache* as increasingly specific predictors of suicidal manifestations. *Canadian Clinical Psychologist*, 15, 7–10.
- DeRosier, M. E., Frank, E., Schwartz, V., & Leary, K. A. (2013). The potential role of resilience education for preventing mental health problems for college students. *Psychiatric Annals*, 43(12), 538-544. doi: 10.3928/00485713-20131206-05
- Dias, A., Sales, L., Carvalho, A., Castro Vale, I., Kleber, R., & Mota Cardoso, R. (2013). Estudo de propriedades psicométricas do Questionário de Trauma de Infância–Versão breve numa amostra portuguesa não clínica. *Laboratório de Psicologia*, 11(2), 103-120. doi:10.14417/lp.713
- Dowling, N. M., Bolt, D. M., Deng, S., & Li, C. (2016). Measurement and control of bias in patient reported outcomes using multidimensional item response theory. *BMC Medical Research Methodology*, 16, 1-18. doi:10.1186/s12874-016-0161-z.
- Ducasse, D., Holden, R. R., Boyer, L., Artéro, S., Calati, R., Guillaume, S., Courtet, P., & Olié, E. (2017). Psychological pain in suicidality: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(8). doi:10.4088/JCP.16r10732.
- Dugal, C., Bigras, N., Godbout, N., & Bélanger, C. (2016). Childhood interpersonal trauma and its repercussions in adulthood: an analysis of psychological and

- interpersonal sequelae. In G. El-Baalbaki & C. Fortin (Ed.), *A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder-from Theory to Practice* (pp. 71-107). London, InTech.
- Enns, M. W., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., Ten Have, M., & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychological Medicine*, 36(12), 1769-1778. doi:10.1017/s0033291706008646
- Felzen, J. C. (2002). Child maltreatment: recognition, reporting and risk. *Pediatrics International*, 44, 554-560. doi:10.1046/j.1442-200x.2002.01642.x
- Fillinging, R. B., & Edwards, R. R. (2005). Is self-reported childhood abuse history associated with pain perception among healthy young women and men? *The Clinical Journal of Pain*, 21(5), 387-397. doi:10.1097/01.ajp.0000149801.46864.39
- Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). *Psychache* as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counselling Psychology*, 54(1), 51–61. doi:10.1037/0022-0167.54.1.51
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H., & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482-488. doi:10.1002/da.20321
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 697-714. doi:10.1016/s0145-2134(02)00342-3
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 339-348. doi:10.1027/1015-5759.20.4.339
- Gutierrez, P., & Osman, A. (2008). *Adolescent suicide: An integrated approach to the assessment of risk and protective factors*. Illinois: Northern Illinois University Press.

- Heo, J. (2008). *Mental pain and suicide: Exploring a causal path among trauma, object relations, mental pain and suicidal ideation*. Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning.
- Hill, R. M., & Pettit, J. W. (2014). Perceived burdensomeness and suicide-related behaviors in clinical samples: Current evidence and future directions. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 631-643. doi:10.1002/jclp.22071
- Hill, R. M., Castellanos, D., & Pettit, J. W. (2011). Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: a review. *Clinical Psychology Review, 31*(7), 1133-1144. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.008
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of *psychache*. *Canadian Journal of Behavioural Science, 33*, 224-232. doi:10.1037/h0087144
- Huh, H. J., Kim, S.-Y., Yu, J. J., & Chae, J.-H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of General Psychiatry, 13*(26). doi:10.1186/s12991-014-0026-y
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Causas de morte 2017*. Lisboa: INE.
- Joiner Jr, T. E., Sachs-Ericsson, N. J., Wingate, L. R., Brown, J. S., Anestis, M. D., & Selby, E. A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy, 45*(3), 539-547. doi:10.1016/j.brat.2006.04.007
- Joiner Jr, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009a). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(3), 634-646. doi:10.1037/a0016500
- Joiner, Jr., T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009b). *The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Keefer, K. V., Holden, R. R., & Gillis, K. (2009, June). The mediational role of *psychache* in the relationship between alexithymia and suicidal ideation.

Comunicação apresentada na Canadian Psychological Association Annual Convention, Montreal, Canada.

- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Benjet, C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499
- Knox, K. L. (2008). Epidemiology of the relationship between traumatic experience and suicidal behaviors. *PTSD Research Quarterly*, 19(4), 1-3. doi:10.1037/e572072010-002
- Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(4), 254-261. doi:10.1136/jech.54.4.254
- Kwok, S. Y., Chai, W., & He, X. (2013). Child abuse and suicidal ideation among adolescents in China. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 986-996. doi:10.1016/j.chiabu.2013.06.006
- Leach, M. M. (2013). *Cultural diversity and suicide: Ethnic, religious, gender, and sexual orientation perspectives*. New York: Routledge.
- Leeb, R., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements*. Géorgia: Center for Disease Control and Prevention (CDC).
- Ma, J., Batterham, P. J., Calex, A. L., & Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, 46, 34-45. doi:10.1016/j.cpr.2016.04.008
- Mann, J., Waternaux, C., Haas, G., & Malone, K. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal Psychiatry*, 156, 181-189.
- May, C. N., Overholser, J. C., Ridley, J., Raymond, D. (2015). Passive suicidal ideation: A clinically relevant risk factor for suicide in treatment-seeking veterans. *Illness, Crisis & Loss*, 23(3), 261-277. doi:10.1177/1054137315585422.
- McHolm, A. E., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2003). The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: results from

- a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 933-938. doi:10.1176/appi.ajp.160.5.933
- Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S. G., Bunney, W. E. (2006). Psychological pain: A review of evidence. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 680-690. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.03.003.
- Miller, A. B., Adams, L. M., Esposito-Smythers, C., Thompson, R., & Proctor, L. J. (2014). Parents and friendships: A longitudinal examination of interpersonal mediators of the relationship between child maltreatment and suicidal ideation. *Psychiatry Research*, 220(3), 998-1006. doi:10.1016/j.psychres.2014.10.009
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146-172. doi:10.1007/s10567-013-0131-5
- Miller, A. B., Jenness, J. L., Oppenheimer, C. W., Gottlieb, A. L. B., Young, J. F., & Hankin, B. L. (2017). Childhood emotional maltreatment as a robust predictor of suicidal ideation: A 3-year multi-wave, prospective investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(1), 105-116. doi:10.1007/s10802-016-0150-z
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2009). Adulterez emergente: Na fronteira entre a adolescência e a adulterez. *Revista @mbienteeducação*, 2(1), 129-137.
- Moscicki, E. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499-517. doi:10.1016/s0193-953x(05)70327-0
- Moscicki, E. (2001). *Risk Factors for Suicide: Summary of a Workshop*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Nahaliel, S., Sommerfeld, E., Orbach, I., Weller, A. Apter, A., & Zalsman, G. (2014). Mental pain as a mediator of suicidal tendency: A path analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 944-951. doi:10.1016/j.comppsy.2013.12.014
- Nock, M. K. (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. New York: Oxford University Press.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002

- O'Keefe, V. M., Wingatem L. R., Davidson, C. L., Tucker, R. P., Rhoades-Kerswill, S., & Slish, M. L. (2014). Interpersonal suicide risk for American Indians: Investigating thwarted belongingness and perceived burdensomeness. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 20*, 61–67. doi:10.1037/a0033540.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 73-85. doi:10.1016/s2215-0366(14)70222-6
- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders, 120*(1-3), 226-230. doi:10.1016/j.jad.2009.03.013
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiros, C. E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological Reports, 82*(3), 783-793. doi:10.2466/pr0.1998.82.3.783
- Overholser, J. C., Braden, A., & Dieter, L. (2012). Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology, 68*(3), 334-348. doi:10.1002/jclp.20859.
- Patterson, A. A., & Holden, R. R. (2012). *Psychache* and suicide ideation among men who are homeless: a test of Shneidman's model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*(2), 147-156. doi:10.1111/j.1943-278x.2011.00078.x
- Puzia, M. E., Kraines, M. A., Liu, R. T., & Kleiman, E. M. (2014). Early life stressors and suicidal ideation: Mediation by interpersonal risk factors. *Personality and Individual Differences, 56*, 68-72. doi:10.1016/j.paid.2013.08.027
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Rasic, D. T., Belik, S. L., Elias, B., Katz, L. Y., Enns, M., & Sareen, J. (2009). Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders, 114*, 32-40. doi:10.1016/j.jad.2008.08.007.
- Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 1291-1299. doi:10.1002/jclp.20621

- Roy, A. (2011). Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of Affective Disorders, 130*, 205–208. doi:10.1016/j.jad.2010.09.022
- Roy, A., Carli, V., & Sarchiapone, M. (2011). Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of Affective Disorders, 133*(3), 591–594. doi:10.1016/j.jad.2011.05.006
- Sansone, R. A., Watts, D. A., & Wiederman, M. W. (2013). Childhood trauma and pain and pain catastrophizing in adulthood: A cross-sectional survey study. *The Primary Care Companion for CNS Disorders, 15*(4). doi:10.4088/pcc.13m01506
- Schilling, C., Weidner, K., Schellong, J., Joraschky, P., Pehlmann, K. (2014). Patterns of childhood abuse and neglect as predictors of treatment outcome in inpatient psychotherapy: A typological approach. *Psychopathology 48*, 91–100. doi.org/10.1159/000368121.
- Shah, A. (2012). Suicide rates: age-associated trends and their correlates. *Journal of Injury and Violence Research, 4*(2), 85-92. doi:10.5249/jivr.v4i2.101
- Shneidman, E. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. VandenBos & B. K. Bryants (Ed.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action* (pp. 147-83). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.
- Shneidman, E. S. (1991). The commonalities of suicide across the life span. In A. A. Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide* (pp. 39–52). New York: Plenum Press.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Shneidman, E. S. (1998). Further reflections on suicide and *psychache*. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*(3), 245-250.
- Smith, N. B., Monteith, L. L., Rozek, D. C., & Meuret, A. E. (2018). Childhood abuse, the interpersonal–psychological theory of suicide, and the mediating role of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48*(5), 559-569. doi:10.1111/sltb.12380

- Soares, A. P., Guisande, M. A., & Almeida, L. S. (2007). Autonomía y ajuste académico: Un estudio con estudiantes portugueses de primer año. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 753-765.
- Sun, J., & Stewart, D. (2007). Age and gender effects on resilience in children and adolescents. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(4), 16-25. doi:10.1080/14623730.2007.9721845
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(1-2), 33-44. doi:10.1016/s0149-7634(03)00007-1
- Thompson, R., Proctor, L. J., English, D. J., Dubowitz, H., Narasimhan, S., & Everson, M. D. (2012). Suicidal ideation in adolescence: Examining the role of recent adverse experiences. *Journal of Adolescence*, 35(1), 175-186. doi:10.1016/j.adolescence.2011.03.003
- Troister, T., & Holden, R. R. (2010). Comparing *psychache*, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 689-693. doi:10.1016/j.paid.2010.06.006
- Troister, T., & Holden, R. R. (2012). A two-year prospective study of *psychache* and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 1019-1027. doi:10.1002/jclp.21869
- Troister, T., Davis, M. P., Lowndes, A., & Holden, R. R. (2013). A five-month longitudinal study of *psychache* and suicide ideation: Replication in general and high-risk university students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 611-620. doi:10.1111/sltb.12043
- Turner, J. A., Jensen, M. P., Warm, C. A., & Cardenas, D. D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain*, 98(1-2), 127-134. doi:10.1016/s0304-3959(02)00045-3
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and

- psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24(1), 197-215. doi:10.1037/a0025358
- Van Orden, K. A., Lyam, M. E., Hollar, D., & Joiner, T. E. (2006). Perceived burdensomeness as an indicator of suicidal symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 457-467. doi:10.1007/s10608-006-9057-2.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. doi:10.1037/a0018697
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2008a). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 72-83. doi:10.1037/0022-006x.76.1.72
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., James, L. M., Castro, Y., Gordon, K. H., Braithwaite, S. R., ... & Joiner Jr, T. E. (2008b). Suicidal ideation in college students varies across semesters: The mediating role of belongingness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), 427-435. doi:10.1521/suli.2008.38.4.427
- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 108-121. doi:10.3389/fpsyt.2016.00108
- Webster, G. (1996). *The epidemiology of attempted suicide and suicidal ideation: An analysis of the Ontario Health Survey and the Ontario Health Supplement*. Master. thesis. University of Toronto, Toronto.
- Werlang, B. S., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 259-266.
- Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 49-56. doi:10.1001/archpsyc.64.1.49
- Wong, Y. J., Koo, K., Tran, K. K., Chiu, Y., & Mok, Y. (2011). Asian American college students' suicide ideation: A mixed-methods study. *Journal of Counseling Psychological*, 58, 197-209. doi:10.1037/a0023040.

- World Health Organization (2017). *Suicide*. Retirado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>.
- Yung, Y. F., & Bentler, P. M. (1996). Bootstrapping techniques in analysis of mean and covariance structures. In, G. A. Marcoulides, & R. E. Schumacker (Ed.), *Advanced structural equation modelling: Issues and techniques* (pp. 195-226). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
- Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P., & Sawyer, M. (2012). Resilience and its association with depression, emotional and behavioural problems, and mental health service utilisation among refugee adolescents living in south Australia. *International Journal of Population Research*, 2012, 1-9. doi:10.1155/2012/485956